

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E.A.P DE ODONTOLOGÍA

**Quistes maxilares en pacientes atendidos en el Hospital
Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2002-
2007**

TESIS

para optar el título profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Jeinmy Marcela Li Albrizzio

ASESOR

Delia Olinda Huapaya Paricoto

Lima – Perú

2008

ASESOR:

Mg. C.D. Delia Olinda Huapaya Paricoto

JURADO DE SUSTENTACIÓN:

Presidente: Mg. C.D. Carlos Humberto Campodónico Reategui

Miembro: Mg. C.D. Víctor Narciso Lévano Torres

Miembro Asesor: Mg. C.D. Delia Olinda Huapaya Paricoto

DEDICATORIA

*A Dios por el gran amor que me demuestra
en cada día de mi existir,
por ser mi Padre, maestro y amigo.*

.

*A mis padres Juan y Marcela
por su amor, confianza y apoyo
en todo momento y lugar.*

*A toda mi familia a quien amo mucho, en especial
a mis hermanos Liu y Lao; y
a mis abuelitos Lucy, Ricardo, Leonor y Juan.*

AGRADECIMIENTOS

A la Mg. C.D. Olinda Huapaya Paricoto por su ejemplo profesional y humano, su asesoría y ayuda constante en la realización del presente trabajo.

A la C.D. Gladys Loli Zegarra del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por su ayuda, amistad y cooperación.

A Dany, por estar dispuesto a darme siempre su ayuda desinteresada, por su amor, consejos y ayuda en la ejecución de este trabajo.

Al Mg.C.D. Carlos Campodónico Reategui y a Mg. C.D. Victor Levano Torres por su ayuda, motivación y amistad.

A mi Alma Mater “Universidad Nacional Mayor de San Marcos” quien la llevo en mi corazón a todo lugar y en todo momento.

A mis queridos amigos Sandra, Hugo, Ivan y Polo; quienes de alguna manera, ayudaron en la realización de la presente investigación.

***“QUISTES MAXILARES EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
DURANTE EL PERIODO 2002-2007”***

I.	INTRODUCCIÓN	9
II.	MARCO TEÓRICO	10
2.1	Antecedentes	10
2.2	Bases teóricas	21
2.2.1	Quistes Maxilares	21
2.2.1.1	Repercusión Social. Epidemiología	21
2.2.1.2	Factores etiológicos	22
2.2.1.3	Medidas preventivas	22
2.2.1.4	Clínica. Síntomas y signos	23
2.2.1.5	Diagnóstico. Pruebas complementarias	24
2.2.1.6	Diagnóstico Diferencial	24
2.2.2	Quiste del desarrollo	25
2.2.2.1	Quistes odontogénicos	25
	A. Quiste gingival del recién nacido	25
	B. Queratoquiste odontogénico	25
	C. Quiste dentígero	29
	D. Quiste de erupción	31
	E. Quiste periodontal lateral	31
	F. Quiste gingival del adulto	32
	G. Quiste odontogénico glandular	33
2.2.2.2	Quistes no odontogénicos	34
	A. Quiste nasopalatino	34
	B. Quiste nasolabial	36
	C. Quiste globulomaxilar	36

2.2.3	Quistes inflamatorios	37
A.	Quiste radicular	37
B.	Quiste apical y radicular lateral	38
C.	Quiste residual	39
D.	Quiste yugal mandibular infectado colateral	39
2.2.4	Manejo terapéutico	40
2.3	Planteamiento del problema	41
2.4	Justificación	42
2.5	Objetivos de la investigación	43
2.5.1	Objetivo general	43
2.5.2	Objetivos específicos	43
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	44
3.1	Tipo de estudio	44
3.2	Población y muestra	44
3.2.1	Población	44
3.2.2	Muestra	45
3.3	Operacionalización de variables	47
3.4	Diseño Metodológico	49
3.4.1	Procedimientos y Técnicas	49
3.4.2	Recolección de datos	49
3.4.3	Procesamiento de resultados	50
IV.	RESULTADOS	51
V.	DISCUSIÓN	62
VI.	CONCLUSIONES	64
VII.	RECOMENDACIONES	65
VIII.	RESUMEN	66
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
X.	ANEXOS	72

***“QUISTES MAXILARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DURANTE EL PERIODO
2002-2007”***

I. INTRODUCCIÓN

En el campo de la cirugía máxilofacial, entre los procesos patológicos más interesantes encontramos los quistes de los maxilares.

Los quistes maxilares son lesiones epiteliales, de crecimiento lento, expansivo y a pesar de ser entidades que presentan un comportamiento biológico benigno, pueden alcanzar grandes proporciones si no se diagnostican en forma oportuna ni tratan apropiadamente. Constituyen una de las principales causas de destrucción de los huesos maxilares ⁽¹⁰⁾

Los quistes de los maxilares representan sin duda un peligro para la integridad del componente máxilofacial; cuando esto ocurre, ocasiona trastornos funcionales, psicológicos y estéticos, de intensidad variable si no son diagnosticados precozmente y tratados de forma adecuada.

Muchos quistes pueden ser pequeños cuando son diagnosticados y pueden ser tratados adecuadamente de forma ambulatoria; sin embargo, algunos pueden, alcanzar gran tamaño antes de ser detectados, o ante un paciente con afecciones sistémicas, donde se requiere de la hospitalización para un tratamiento adecuado.

Con relación a sus signos y síntomas, no es raro que un quiste carezca por completo de síntomas y el paciente ignore su presencia hasta que su odontólogo o

médico lo diagnostica. En otros casos, la presencia de tumefacción o secreción intrabucal hacen que el paciente solicite ayuda profesional. Aunque algunos quistes pequeños no presentan signos clínicos y sólo se pueden identificar mediante radiografías, la generalidad se caracteriza por tumefacción. A pesar que la expresión "crepitación de cáscara de huevo", se ha relacionado durante mucho tiempo con los quistes intraóseos, la palpación puede mostrar que la tumefacción es francamente fluctuante o sólida como el hueso ⁽¹⁶⁾.

La frecuencia de cada uno de estos quistes es variable, por lo que se hace necesario conocer el comportamiento epidemiológico en nuestro medio. Este estudio presenta la prevalencia de quistes maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2002-2007, en relación al grupo etáreo, género, localización, tamaño de la lesión y tipo de tratamiento quirúrgico realizado para aportar información estadística real en el ámbito nacional que puede ayudar a establecer protocolos de diagnóstico y tratamiento adecuado que permitan recuperar la salud bucal del individuo afectado por la alteración.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES :

- Diaz J (1986): Realizó un estudio retrospectivo sobre quistes de los maxilares en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, durante el período comprendido entre 1973 a 1982. Se encontraron 125 quistes diagnosticados histológicamente. Se comprobó que los quistes radicular, residual y dentígero resultaron los más frecuentes, y la tercera década de la vida, la más afectada. Se encontró predominio del sexo masculino y predilección por el maxilar superior, principalmente su lado izquierdo; los quistes que prevalecieron fueron el radicular y residual. En el maxilar inferior, el de mayor incidencia resultó el quiste dentígero y la región de mayor afectación, la del tercer molar. ⁽¹⁴⁾
- Ioannidou y Col (1989): Realizaron un estudio clínico estadístico retrospectivo de 508 casos de quistes odontogénicos maxilares tratados en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de Atenas durante los años 1977-1987, con el fin de evaluar su frecuencia y otros aspectos clínicos y terapéuticos de interés. Estos 508 quistes odontogénicos representan el 78,7% del número total de quistes de los maxilares tratados en el mismo período en dicho departamento, lo que significa que la frecuencia de los quistes odontogénicos es aún elevado. En cuanto a la incidencia de cada

una de las variedades de quistes odontogénicos, el quiste radicular fue la de mayor frecuencia (59,6%), seguido de los quistes residuales (28,4%) y quistes dentígero (12%). Encontraron una mayor incidencia de quistes odontogénicos en el sexo masculino (65,3%). La distribución por edades de los pacientes con quistes radicular es la 3^a década, en los pacientes con quistes residuales la 6^a década, pacientes con quiste dentígero la 2^a década. La mayoría de los quistes residuales y radiculares se encuentran en el maxilar superior, quistes dentígero se encuentra con mayor frecuencia en la zona del tercer molar inferior. Todas estas lesiones fueron tratados bien por enucleación y apicectomia de los dientes o por enucleación y la extracción de los dientes, seguido por el cierre primario de la cavidad quirúrgica. (11)

- Nakamura y Col (1995): Estudiaron casos clínicos de quistes maxilares tratados en el Departamento de Cirugía Oral, Universidad de Nihon, Escuela de Dentistas en Matsudo, Chiba, Japon; durante 10 años, entre 1980 y 1989. Los pacientes con quiste radicular, quiste dentígero, queratoquiste odontogénico y postoperatorio quiste maxilar, que se encuentran en relativamente altas frecuencias, son más asociadas a la edad, el sexo y la distribución anatómica. El diagnóstico de quiste se estableció en 1 444 pacientes, y 1 234 (85,5%) de ellos tenían quistes de maxilares. Según una clasificación patológica por el método de Ishikawa, encontraron 509 (41,2%) pacientes con quiste radicular, 259 (27,0%) con quiste dentígero, 95 (7,7%) con queratoquiste odontogénico y 267 (21,6%) con postoperatorio quiste maxilar. El patrón de distribución por edad en los casos de quiste radicular,

queratoquiste odontogénico y postoperatorio de quiste maxilar fue similar a la encontrada en estudios previos. Entre los pacientes con quiste dentígero, los menores de 20 años y representaban un 60%. Quiste radicular se produjeron con más frecuencia en el maxilar en incisivos laterales, el quiste dentígero en terceros molares mandibulares, y queratoquiste odontogénico en la región de los molares mandibulares y de la rama de la mandíbula.⁽⁵⁾

- Ogunlewe y Col (1996): estudiaron en Nigeria 126 casos de quistes epiteliales en maxilar que fueron recuperados de notas de biopsia registrados del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial y Departamento de Patología Oral y Biología de la Universidad de Lagos Hospital Docente. Los casos fueron analizados por edad, sexo, y localización. Los resultados muestran que los quistes odontogénicos de desarrollo (57,14%) fueron más comunes que los quistes odontogénicos inflamatorios (26,94%). Quiste dentígero (22,22%) fue la más común en quiste epiteliales maxilar, seguido de quiste radicular (21,43%). los quistes no odontogénicos se encontraron en mayor número en mujeres. 68% de los quistes epiteliales maxilares fueron tratados por enucleación, el 10% por Marzupialización, el 13% por resección mandibular y el 9% mediante excisión quirúrgica. ⁽⁴⁾

- Estrada M (1998): Realizó una investigación retrospectiva y descriptiva de 18 pacientes hospitalizados que recibieron tratamiento quirúrgico por presentar lesiones quísticas asociadas a un tercer molar retenido, con el objetivo de evaluar dichas lesiones durante el período 1985-1994. De los 18

pacientes 13 eran masculinos, la edad media fue de 33,7 años, 12 pacientes (66,7 %) fueron diagnosticados por exámenes radiológicos. La longitud media de la lesión fue de 39,8 mm, 3 pacientes presentaron signos clínicos de infección al ingreso. Todos los quistes fueron tratados quirúrgicamente con una proporción de infección del 11,1 %. ⁽¹⁷⁾

- Oji C. (1999): Estudió clínicamente casos de quistes maxilares tratados en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de Nigeria Hospital Docente, Enugu durante el período de 10 años entre 1987 y 1996. Un diagnóstico de quiste maxilar se estableció en 20 pacientes durante el período mencionado. De acuerdo a la clasificación patológica por la OMS, de estos pacientes 10 (50%) presentaron quiste dentígero, 3 (15%) quiste radicular, 3 (15%) queratoquiste odontogénico, 3 (15%) quiste fisurales (Quiste del conducto nasopalatino, quiste nasoalveolar, quiste globulomaxilar), 1 (5%) con quiste dermoide. Los pacientes con quiste dentígero se encontraron relativamente en alta frecuencia, son más asociadas a la edad, sexo, y la distribución anatómica. Entre los pacientes con quiste dentígero, de edades comprendidas entre los 21 y 40 años representaban el 60%. Los hombres superaron las mujeres en una proporción de 1.5:1. Quiste dentígero se encontró con más frecuencia en la región de los terceros molares mandibulares. ⁽⁹⁾

- Mosqueda – Taylor y Col (2002): Describieron la frecuencia de las diferentes variedades de quistes odontogénicos (QO) registrada en dos

servicios de patología oral en la Ciudad de México. También compararon los resultados con la información en otros estudios y analizaron la asociación de estas lesiones con el sexo de los pacientes afectados y el tipo de servicio de patología oral. Hubo un total de 856 QO, de los cuales 449 (52,5%) se encontraron en hombres, 403 en mujeres (47%), y en 4 casos (0,5%) fue el género no declarado. Hubo 8 de los 10 tipos diferentes de QO reconocido por la OMS. El más frecuentemente diagnosticados fue el quiste radicular (342 casos), quiste dentígero (283 casos) y queratoquiste odontogénico (184 casos). En conjunto, estas tres entidades representaban el 94,5% de todos los QO. Tanto el género y el tipo de patología oral mostró una asociación significativa con los quistes radicular y dentígero ($p < 0,01$). ⁽²⁾

- Koseoglu y Col (2004): Estudiaron 90 quistes odontogénicos que se obtuvieron de 90 pacientes durante un período de cinco años. Los pacientes con quistes radiculares, quistes dentígero, queratoquiste odontogénicos y además se analizaron con respecto a la edad, el sexo y la distribución anatómica. Utilizando la clasificación histológica de la OMS, 53 casos (59%) fueron clasificados como quistes radiculares, 24 (27%) como queratoquiste y 13 (14%) como quistes dentígero. Quiste Radicular se presentó con más frecuencia en la región anterior del maxilar superior, el queratoquiste odontogénico en la rama y en la región angular de la mandíbula, y el quiste dentígero en la mandíbula. ⁽³⁾

- Márquez y Col (2004): Realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de los quistes de los maxilares intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Universitario: Arnaldo Milián Castro, en el periodo comprendido entre enero de 1992 a diciembre del 2002, con el objetivo de evaluar el comportamiento epidemiológico de éstas afecciones. Para ello se revisaron los Archivos de Biopsias de Departamento de Anatomía Patológica de la institución hospitalaria. El quiste radicular resultó ser el más frecuente seguido del residual. El sexo masculino y la 4ta década de la vida fueron más afectados. En el maxilar aparecieron la mayoría de estos quistes; Solo los quistes dentígeros y de erupción prevalecieron en mandíbula. ⁽¹⁵⁾

- Bataineh y Col (2004): Determinaron la prevalencia de los quistes odontogénicos maxilares en una población jordana y compararon estos datos con los publicados anteriormente en informes de otras áreas geográficas. Emplearon archivos de quistes odontogénicos maxilares tratados entre 1989 y 2001 en Servicio de Diagnóstico de Patología Oral y Maxilofacial en el Departamento de Medicina Oral y Cirugía Bucal, Facultad de Odontología, Universidad de Jordania de Ciencia y Tecnología, se examinaron datos clínicos, radiológicos y microscópicos evaluados de acuerdo con la más reciente clasificación de la OMS. Los casos fueron analizados con respecto a la edad, sexo y sitio anatómico. Se estableció un diagnóstico de quiste odontogénico maxilar en 654 pacientes, con una razón hombre / mujer de 1.7:1. Quiste radicular es el tipo más común de quiste odontogénico encontrado (41,7%), seguido por quistes dentígero (24,8%). El pico de edad

afectado fue entre la tercera y quinta década. Ambos maxilares son casi igualmente afectados. El sitio anatómico más común es la incidencia de los incisivos maxilares y región de los caninos, seguida por la región molar mandibular. ⁽⁸⁾

- Moncada y Col (2005): Realizaron un estudio retrospectivo (lapso enero 1992 – enero 2002), para determinar la prevalencia de lesiones quísticas bucales en los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal-Maxilo-Facial del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. La población estuvo conformada por todas las personas que recibieron asistencia en el Servicio y como muestra los diagnósticos positivos de lesión quística bucal. En el análisis se identificó una tasa de 29.05 por mil individuos con lesiones quísticas bucales durante el período, así como asociación significativa entre la edad y el tipo de quiste bucal prevalece en la población y ligeras diferencias entre los sexos con relación a padecer o no la patología. Hubo prevalencia del quiste radicular apical, seguido del quiste dentígero, localizándose predominantemente en la mandíbula y maxilar superior, resultando las áreas más afectadas la anterior del maxilar superior y posterior izquierda de la mandíbula. ⁽¹⁶⁾

- Jones y Col (2006): Determinaron todos los quistes odontogénicos histológicamente diagnosticados junto con la edad, sexo, distribución y lugar donde lo presentaron durante un período de 30 años, 1975-2004. De 55 446 especímenes recibidos, 7 121 (12,8%) fueron diagnosticados como quistes

odontogénicos. Quiste radicular fue el diagnóstico más común (52,3%), seguido de quiste dentígero (18,1%) y queratoquiste odontogénico (11,6%). (6)

- Varinauskas y Col (2006): estudiaron 850 casos de quistes odontogénicos en mandíbula, tratados en la Universidad de Medicina, Hospital de Kaunas durante 1986-2004, se analizaron con el fin de evaluar la incidencia de estos quistes y otros aspectos de interés clínico y terapéutico como sus Características clínicas, que han causado cambios en las estructuras faciales, mandíbula, dientes y que ha causado la patología. historias clínicas de 455 hombres y 395 mujeres fueron analizados. La edad de los pacientes varía de 4 a 87 años, con el promedio de 35,8. Más de la mitad de los quistes diagnosticados (63%) estuvieron presentes en el maxilar superior, el 37% de ellos en la mandíbula. Si bien la comparación de las causas de los grupos antagónicos de dientes en el maxilar superior y la mandíbula, se encontró que la proporción (en el orden de derecha a izquierda): molares - 1: 1, premolares 1.3:1, dientes anteriores- 3,3: 1, dientes anteriores 3.8:1, 1.2:1 premolares, molares 0.7:1. Los Quistes odontogénicos pueden estar presentes en ambos sexos; quistes maxilares son 1,5 veces mas frecuentes como los quistes mandibulares. La patología también puede afectar a ambos lados de la mandíbula. El tratamiento aplicado fue quirúrgica de quistes - cistectomía. (13)

- Meningaud y Col (2006): Analizaron historias clínicas de 695 pacientes adultos operados bajo anestesia general por quistes odontogénicos en un

hospital francés. Fue un estudio retrospectivo de los quistes de los maxilares que se realizó en el departamento de Maxilofacial, Pitié-Salpêtrière Hospital de la Universidad de París, Francia. Los datos fueron recuperados de caso, notas, imágenes, histopatología y registros de seguimiento de los informes de enero de 1995 a enero de 2005. La edad media de los pacientes fue de 41,8 + / - 15,8 años. Hubo una proporción hombre-mujer de 1.86:1, mandíbula - maxilar de 3:1. En cuanto a la mandíbula, el ángulo participa en el 36% de los casos, la rama horizontal en el 32%, 18% en parasinfisis, rama en el 11,6%, el proceso coronoides, en el 1,5% y el 0,9% en el cóndilo (total = 100%). En relación con el maxilar superior, la región de canino a canino participa en el 40% de los casos, la región premolar y molar en el 45%, y la región de terceros molares en el 15% (total = 100%). Los frecuentemente diagnosticados fueron quiste radicular (53,5%), quiste dentígero (22,3%) y queratoquiste odontogénico (19,1%). En conjunto, estas tres entidades representan 94,9% de todos los quistes odontogénicos. El número medio de operaciones por paciente fue de 1,16 (DE: 0,6, rango: 1-10). La media acumulada de duración de la hospitalización de un paciente fue 2,46 días (DE: 1,9, rango: 1-28). El tiempo promedio de seguimiento fue de 8,4 meses (SD: 15,2, rango: 0-120). 65% tuvo un seguimiento inferior a 6 meses y el 18% no tuvo seguimiento en absoluto. ⁽¹²⁾

- Grossmann y Col (2007): Determinaron el perfil demográfico de los diagnósticos histológicos de quistes odontogénicos (QO) y quistes no odontogénicos (QnO) durante un período de 51 años en la población

brasileña. Los registros de casos fueron obtenidos de los archivos del Servicio de Patología, Facultad de Odontología, Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, durante el período de 1953-2003. De 19 064 biopsias orales, 2 905 (15,2%) presentaron características de QO y QnO; de ellos, 2 812 especímenes (14,7%) fueron diagnosticados de QO y 93 (0,5%) representaron QnO. Los QO mas frecuentes diagnosticados fueron quiste radicular (61%), quiste dentígero (25,3%), y queratoquiste odontogénico (7,2%). La más frecuente de los QnO fue el quiste del conducto nasopalatino (2,2%). (7)

- Ochsenius y Col (2007): Determinaron la frecuencia de quistes odontogénicos en la medida en que fueron diagnosticados y registrados en el Instituto de Referencia de Patología Oral (IREPO) de la Universidad de Chile en dos grupos etáreos. estudiaron los registros de IREPO de la Universidad de Chile para el período comprendido entre 1976 y septiembre de 2004, y se determinó la frecuencia de acuerdo a la edad, el género y localización de cada una de estas entidades. Se compararon dos grupos de edad: menor o igual a 15 años y mayores de 15 años de edad. Todas las láminas histológicas se clasificaron de acuerdo a los diagnósticos histológicos incluidos en la clasificación de la OMS. Encontraron 2,944 quistes odontogénicos (QO), de los cuales 1,935 (65,7%) fueron los quistes inflamatorios y 1,009 fueron quistes de desarrollo. De este total, hay 1,554 quistes (52,8%) en hombres y 1,390 (47,2%) en mujeres. Los más frecuentes fueron los quistes radiculares 1,494 (50,7%), 546 (18,5%) quistes dentígero, 421 (14,3%) queratoquistes y

328 (11,1%) quistes residuales. Estas cuatro variedades representan el 94,7% de la QO, es decir, 2789 casos. En la población menor o igual a 15 años de edad son más frecuentes los quistes de desarrollo (354 casos) que los quistes inflamatorios (155 casos), siendo las más frecuentes los quistes dentígero (240 casos). ⁽¹⁰⁾

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 QUISTES MAXILARES

Un quiste es una cavidad anormal con contenido (líquido, células, aire o una combinación), revestida de epitelio, pudiendo derivar éste del aparato odontogénico o haber sido incluido durante el periodo embrionario. ⁽¹⁹⁾

Se consideran los quistes maxilares como lesiones no tumorales, y por tanto, benignas, aunque en algunos casos se produzca malignización sobre los mismos. ⁽¹⁹⁾

2.2.1.1 Repercusión social. Epidemiología

Los quistes mandibulares son entidades muy comunes.

Algunos quistes (p.ej. queratoquiste) presentan tendencia a la recidiva y un grado importante de agresividad a pesar de su apariencia benigna, y por otra parte existen lesiones tumorales que pueden aparecer como lesiones quísticas (p.ej. ameloblastoma), en todos ellos, por tanto, la importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento es fundamental. ⁽¹⁹⁾

Otros son importantes por su mayor incidencia, como los quistes radiculares, dentígeros y los queratoquistes odontogénicos, que representan en conjunto hasta el 94,5%.

La región del cuerpo mandibular y la zona incisiva superior son las zonas con mayor incidencia de quistes. ^(16,19)

2.2.1.2 Factores etiológicos

Los Quistes Odontogénicos derivan del epitelio producido para el desarrollo de las piezas dentarias, razón por la cual sólo se pueden desarrollar en los maxilares. El epitelio puede corresponder a tres estructuras: 1. Restos de la Lámina Dental o Restos de Serres, que son islotes epiteliales de origen ectodérmico que dan origen a los esbozos dentarios. 2. Epitelio Reducido del Órgano del Esmalte, que es aquel que rodea la corona de un diente después de completarse la formación del esmalte. 3. Restos Epiteliales de Malassez, que corresponden a restos de la Vaina Radicular de Hertwing que permanecen en el ligamento periodontal que rodea las raíces. Los Quistes No Odontogénicos se forman a partir de restos epiteliales que permanecen después del desarrollo de los maxilares. ⁽²⁰⁾

2.2.1.3 Medidas preventivas

La higiene, prevención y tratamiento precoz de la caries dental son medidas efectivas para evitar los quistes radiculares, que son los más frecuentes. ⁽¹⁹⁾

El diagnóstico precoz es esencial en los queratoquistes y en aquellas lesiones quísticas susceptibles de ser confundidas con lesiones tumorales de los maxilares.

2.2.1.4 Clínica. Síntomas y signos

Generalmente son asintomáticos en sus estadios iniciales. Es habitual que el hallazgo de la lesión sea totalmente casual, durante la ejecución de una radiografía odontológica realizada por otras razones. En fases mas avanzadas ya sea por infección o alcancen un tamaño significativo que produzca deformidad del hueso afecto, retención o desplazamiento de piezas dentarias.⁽²⁷⁾ Pueden provocar la reabsorción de raíces dentales próximas, aunque no es común, y la compresión de estructuras cercanas, como el nervio dentario inferior, provocando alteraciones sensoriales en el hemilabio inferior correspondiente. ⁽¹⁹⁾

2.2.1.5 Diagnóstico. Pruebas complementarias

1. *Inspección y palpación:* observar el tamaño, consistencia, deformación de las tablas óseas y del reborde, estado de sensibilidad y motilidad, algias localizadas y difusas, oclusión y movilidad dentaria, retención o desplazamiento de piezas, compromiso de la piel facial y cervical, de las mucosas bucales, estado ganglionar, estado de las glándulas salivales, funcionamiento de la articulación temporomandibular. ⁽²¹⁾
2. *Radiología:* El estudio radiográfico es sumamente importante incluyendo, en todos los casos una radiografía panorámica y en ocasiones debiendo ampliarse con CT. ⁽²⁷⁾
3. *Anatomía patológica:* La clínica unida a la radiología nos lleva a un diagnóstico presuntivo. La biopsia, no siempre necesaria previa a la cirugía dada la benignidad del proceso, se reserva para aquellos casos en los que las

otras exploraciones complementarias hacen sospechar una posible malignidad o agresividad. ⁽²¹⁾

2.2.1.6 Diagnóstico diferencial

La clasificación de la OMS considera sólo quistes verdaderos, dejando de lado una corta lista de entidades adicionales, que carecen de revestimiento epitelial pero que por su imagen radiográfica y comportamiento pueden ser considerados «Pseudoquistes». ⁽²⁰⁾

A continuación nos referimos a los distintos tipos de quistes que se desarrollan en el territorio oral y máxilofacial, incluidos en la clasificación de Quistes y Tumores Odontogénicos publicada por la OMS (1992) ⁽²³⁾.

QUISTES DEL DESARROLLO

Quistes odontogénicos

- Quiste gingival del recién nacido
- Queratoquiste odontogénico
- Quiste dentígero o folicular
- Quiste de erupción
- Quiste periodontal lateral
- Quiste gingival
- Quiste odontogénico glandular (Quiste sialoodontogénico)

Quistes no odontogénicos (quistes fisurados)

- Quiste nasopalatino (del conducto incisivo)
- Quiste nasolabial (nasoalveolar)
- Quiste globulomaxilar

QUISTES INFLAMATORIOS

- Quiste radicular
- Quiste apical y radicular lateral
- Quiste residual
- Quiste yugal mandibular infectado colateral (paradental)

2.2.2 QUISTES DEL DESARROLLO

2.2.2.1 QUISTES ODONTOGÉNICOS

A. Quiste gingival del recién nacido

Se originan a partir de la lámina dentaria. Aparecen en el recién nacido como pequeñas excrecencias gingivales grisáceas o blanquecinas, pudiendo presentarse de forma múltiple. Se localizan sobre la cresta gingival (Perlas de Epstein) o en la línea media del paladar (Nódulos de Bohn). ⁽¹⁹⁾

Generalmente no requieren tratamiento, ya que se abren espontáneamente durante los primeros meses de vida. ⁽¹⁹⁾

B. Queratoquiste odontogénico

Se originan en restos de la lámina dental o del epitelio del esmalte. A diferencia de los quistes dentígeros, no tiene ningún tejido dentario (diente o supernumerario) incluido en su interior, ya que se forma por degeneración del retículo estrellado de un germen dentario antes de la formación de la dentina y el esmalte.

Representan un 8% de los quistes en los maxilares, predominando en la 2ª y 3ª década. Aparecen de forma preferente en la zona del tercer molar y rama ascendente de la mandíbula. ⁽¹⁹⁾

Generalmente son asintomáticos, salvo que aparezcan complicaciones como parestesia del nervio dentario inferior, fracturas patológicas o infección intercurrente. Puede provocar desplazamiento o movilidad dental y, excepcionalmente, reabsorción de las raíces. Presentan un crecimiento típico, haciéndose largos y estrechos sin deformar apenas la cortical. Tras su extirpación quirúrgica recidiva en un porcentaje comprendido entre el 10 y el 60%, en función de las series. ⁽¹⁹⁾

Radiográficamente, es un área radiolúcida uni o multilocular de límite neto corticalizado, borde festoneado, presencia de tabiques, moderada expansión de tablas óseas, desplaza estructuras vecinas, no ocasiona reabsorción radicular externa y en ocasiones puede asociarse a una pieza dentaria no erupcionada. ⁽²⁰⁾

Por lo general se trata de una lesión única, salvo en el Sd. de Gorlin-Goltz (Carcinomas basocelulares múltiples, costillas bífidas y queratoquistes múltiples). ⁽²⁷⁾

Normalmente superan los 3cm. de diámetro. La pared del queratoquiste es sumamente delgada y se adhiere firmemente al hueso. Cuando se desarrolla un proceso inflamatorio, la limitante sufre un engrosamiento importante. ⁽¹⁹⁾

Al corte, muestra una superficie interna lisa, blanquecina o con brotes que prolapsan hacia la cavidad quística.

El contenido está representado por un material espeso, cremoso, blanco-amarillento (con alto contenido en queratina). ⁽¹⁹⁾

Histológicamente el epitelio es de tipo escamoso estratificado queratinizado de reducido espesor, sin formar papilas, con una basal hipercromática, estando rodeado de un tejido conectivo delgado. Estructura paraqueratina del 85 al 90% de los casos u ortoqueratina. Cuando existe paraqueratinización existe una capa delgada, con pequeños arrugamientos como sobreimpresos en una capa epitelial con grandes dobleces. En cambio con la ortoqueratinización, el material es abundante y se acumula en grandes cantidades en la bolsa quística. ⁽²⁴⁾

El tipo de queratinización puede predecir el índice de recurrencia. Por consiguiente los queratoquistes que presentan ortoqueratosis, raramente presentan recurrencia en comparación con los queratoquistes paraqueratinizados. ⁽²⁴⁾

Los microquistes satélites son un hallazgo frecuente.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con entidades como el ameloblastoma, mixoma odontogénico y el quiste folicular. Los signos que nos hacen sospechar que nos hallemos ante un queratoquiste son:

- Imagen quística en región de ángulo y rama ascendente mandibular.
- Escasa expansión de la cortical.

- Tamaño mayor de 3 cm.
- Contenido quístico característico.
- No incluye piezas dentarias ni suele afectar a los dientes adyacentes.

El problema del queratoquiste radica en su gran porcentaje de recidiva por: tratamiento insuficiente, su cubierta fina y adherida o la presencia de microquistes o islotes epiteliales que perforan el hueso. Por ello el enfoque debe ser más agresivo que el del resto de quistes odontogénicos, comprendiendo la enucleación de la lesión con raspado óseo periférico y escisión de la mucosa que lo recubre. Además se puede realizar cauterización química posterior con solución de Carnoy o nitrógeno líquido. En casos excepcionales puede ser necesaria la resección parcial ósea con reconstrucción del defecto, preferiblemente de forma inmediata. ⁽²⁷⁾

Actualmente la nueva clasificación que fue aprobada por la editorial y el consenso de la conferencia realizada en Lyon, Francia (OMS/IARC) en julio de 2003 en conjunto con la preparación del volumen del libro de Patología y Genética de Tumores de Cabeza y Cuello editado en el 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde gracias a muchas investigaciones tanto clínicas, histopatológicas y moleculares se ha decidido incluir al Queratoquiste Odontogénico Paraqueratinizado dentro del grupo de los tumores odontogénicos como *Tumor Odontogénico Quístico Queratinizante* y ha permanecido el Queratoquiste Odontogénico Ortoqueratinizado como una entidad separada dentro de los Quistes

Odontogénicos ya existente, es decir uno pasa a ser una neoplasia odontogénica benigna y otro una entidad quística, sin embargo los quistes odontogénicos no aparecen en este libro, y aun no se ha publicado la nueva clasificación de los mismos. (22)

C. Quiste dentígero o folicular

Se desarrolla por acumulación de líquido entre la corona del diente y las células del epitelio del órgano del esmalte, es decir, originado en el epitelio del folículo dentario. Rodea la corona dentaria de una pieza normal o supernumeraria e impide su erupción, es decir, están en relación con piezas dentarias retenidas. (27)

Representa el 17% de los quistes odontogénicos. Son más frecuentes en el sexo masculino y entre la segunda y tercera década de la vida. Afecta con mayor frecuencia a los terceros molares inferiores y caninos superiores, correspondiendo a los dientes que tienen mayores frecuencias de retención. (23)

Se debe sospechar ante la erupción tardía de una pieza, ya que normalmente son asintomáticos. Presentan un crecimiento lento pero continuo, provocando expansión de las corticales óseas, en ocasiones con perforación de éstas, y afectación de las estructuras próximas, pudiendo extenderse a seno maxilar y suelo de órbita cuando se originan en la región canina superior, y hacia la rama ascendente cuando afectan al tercer molar inferior. (20)

Lesión osteolítica uniloculada con un borde radio-opaco y bien delimitado, conteniendo la corona de una pieza dentaria que no ha erupcionado. Puede provocar la reabsorción de las raíces de piezas adyacentes. ⁽²⁰⁾

En ocasiones pueden alcanzar gran tamaño, rechazando el diente y planteando entonces el diagnóstico diferencial con lesiones con mayor agresividad como el ameloblastoma o el queratoquiste. ⁽¹⁹⁾

Pared formada por tejido conectivo fibroso y epitelio escamoso estratificado en 2-3 capas celulares. Pueden encontrarse también células mucosas. Hay que destacar su potencial de transformación hacia tumores odontogénicos (ameloblastoma, de un 5 a un 17% según series) y carcinomas. ⁽¹⁹⁾

El diagnóstico diferencial principalmente debe hacerse con el ameloblastoma uniloculado, el queratoquiste y el tumor odontogénico adenomatoide.

El tratamiento de elección para los quistes dentígeros es la quistectomía con extracción de la pieza dentaria asociada a la lesión, siendo así raras las recidivas. En el caso de adolescentes, con un desarrollo casi completo de la pieza y una posición no muy anómala, se tiende a un tratamiento más conservador para intentar preservar la pieza dentaria, mediante separación del revestimiento quístico de la pieza o mediante descompresión primaria y, una vez haya disminuido el tamaño de la lesión, extirpación de ésta. ⁽¹⁹⁾

D. Quiste de erupción

Poco frecuente, generalmente en niños y adolescentes, habiendo descritos muy pocos casos en adultos en la literatura.

Clínicamente se presenta como una tumoración gingival blanda de color azulado en el borde alveolar sobre la corona de una pieza temporal en erupción, asociándose a su retención. ⁽¹⁹⁾

No suele necesitar tratamiento, desapareciendo con la erupción del diente. Si esta se retrasa demasiado, puede realizarse la apertura para exponer la corona o enucleación de la lesión quística. ⁽¹⁹⁾

E. Quiste periodontal lateral

Proviene del ligamento periodontal lateral de un diente erupcionado. Debe distinguirse de los quistes radiculares laterales de origen inflamatorio.. Se halla revestido por un epitelio no queratinizado con engrosamiento en placa. ⁽¹⁹⁾

La hipótesis más acreditada es que se origina desde los restos de la lámina dentaria. ⁽²⁷⁾

Está situado lateral a la raíz de un diente vital, puede aparecer con la edad. Se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula (en las regiones premolar, canina y zona del tercer molar) o en la región anterior del maxilar. Algunos autores lo identifican con el quiste primordial. Suele ser descubierto en un examen radiológico casual. ⁽²⁵⁾

Se presenta con aspecto de una pequeña radiotransparencia redondeada u ovoide con márgenes bien definidos, lateralmente a una raíz dentaria y por encima del ápice. (27)

Histológicamente es similar a la de otros quistes odontógenos y se halla revestido por un epitelio no queratinizado con engrosamiento en placa. (25)
Tratamiento consiste en enucleación cuidadosa del quiste. (19)

F. Quiste gingival del adulto

Es muy rara su aparición, y hay quienes consideran que es la forma extraósea del quiste periodontal lateral. Se origina a partir de la lámina dental, lo cual hace que se asemeje al quiste periodontal lateral. También se puede originar por tejido glandular heterotópico, cambios degenerativos en las prolongaciones del epitelio y por implantación traumática del epitelio. Se observa como un abultamiento indoloro circunscrito, que semeja a un superficial, de igual color que la mucosa gingival y no alcanza más de 1cm. Suele aparecer sobre todo en mandíbula en zona de caninos y premolares, en la sexta década de vida. (19)

Radiográficamente no suele reflejar imagen radiográfica por aparecer en tejidos blandos. Puede producir erosión del hueso cortical. Histológicamente se corresponde con las de un quiste verdadero, revestido por epitelio escamoso muy fino. El tejido conectivo puede o no presentar infiltrado inflamatorio. (25)

G. Quiste odontogénico glandular (Quiste sialoodontogénico)

Generalmente se presenta en adultos, siendo tres veces más frecuente en la mandíbula que en el maxilar superior, con localización preferentemente anterior. Su comportamiento suele ser localmente invasivo, provocando adelgazamiento, erosión e incluso perforación del hueso adyacente en no pocas ocasiones. Se ha observado un porcentaje de recurrencia mucho mayor que para el resto de quistes de origen inflamatorio, siendo el riesgo mayor en lesiones multiloculares o que comprometen la cortical del hueso adyacente.

Clínicamente se suele manifestar con inflamación, dolor o parestesia. ⁽¹⁹⁾

Imagen radiolúcida uni o multilocular de bordes bien definidos. En el revestimiento epitelial en superficie, se objetivan células mucosecretoras formando estructuras de tipo glandular. La cápsula se estructura en base a tejido fibroso. ⁽²⁵⁾

Debe hacerse diagnóstico diferencial con los quistes periapicales, residuales, queratoquistes, mixomas, ameloblastomas. ⁽¹⁹⁾ El tratamiento debe ser quirúrgico; enucleación total teniendo en cuenta que tiende a recurrir

2.2.2.2 QUISTES NO ODONTOGÉNICOS

Son quistes que aparecen en los maxilares sin relación con los tejidos dentarios y cuyo origen parece ser la degeneración de restos epiteliales localizados en las uniones embrionarias a partir de las que se forma el maxilar superior y las alas nasales. Las piezas dentarias adyacentes son vitales.

A. Quiste nasopalatino (del conducto incisivo)

Es el más frecuente de los quistes no odontogénicos. En la actualidad, a estos quistes no odontógenos no se les denominaba de fusión, pues se ha demostrado que el único proceso embriológico maxilofacial en el que pueden quedar atrapados restos epiteliales, es la fusión del paladar secundario. Procede de los restos epiteliales del conducto palatino anterior. Se ha descrito un tipo raro surgido por delante del conducto incisivo a partir de los restos de la lámina dental. ⁽²⁵⁾

Por lo general cursan de forma asintomática, y raras veces se manifiestan hacia el exterior. Ocasionalmente se infestarán y producirán dolor y tumefacción. Suelen aparecer en la cuarta década de la vida. Cuando aparece en la parte superficial, detrás de la papila central gingival, se denominan quistes de la papila palatina o incisiva. Estos quistes se manifiestan clínicamente como una pequeña tumefacción de la papila que al infectarse, puede aparecer una fístula en ella o su cercanía, y drenar líquido acuoso o purulento mediante presión sobre la zona. ⁽²⁷⁾

Tiene imagen radiolúcida circular u ovoide situada entre ambos incisivos centrales superior o bien desplazada hacia uno de los lados. Al superponerse a la espina nasal anterior y a la cresta del tabique, el aspecto es de “corazón de cartas de póker”. Los quistes de la papila incisal caracterizan por su negatividad en su exploración radiológica. (25)

Histológicamente puede existir epitelio escamoso estratificado en los quistes localizados en la parte inferior del conducto, o bien epitelio ciliado o de tipo cuboides en los de localización alta; asimismo, se encuentran glándulas mucosas salivales, adiposas e islotes de células cartilaginosas. En la pared conectiva aparecen vasos, nervios, y puede haber infiltrado inflamatorio. (19)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el quiste radicular de un incisivo central o con un quiste primordial de un mesiodens. Para diferenciarlos hay que estudiar la continuidad del espacio periodontal a nivel de los dientes implicados y la vitalidad de estos. Cambiando la angulación del haz de rayo se desplaza la imagen radiolúcida del diente aparentemente causante de la lesión. El tratamiento debe ser quirúrgico. No alcanza gran volumen y no recidiva, por lo que hay pacientes que lo toleran sin ser intervenidos. (25)

B. Quiste nasolabial (nasoalveolar)

Restos del cordón que forma la terminación caudal del conducto nasolacrimal. Más frecuente en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. No se desarrolla en el interior del hueso, aunque puede provocar una erosión de la cortical externa del maxilar superior. Se expansiona sobre el suelo del vestíbulo nasal, provocando una hinchazón del mismo. ⁽¹⁹⁾

Tiene tendencia a la infección y cuando se infecta provoca borramiento del surco nasolabial del lado de la lesión, distorsión del ala nasal e incluso obstrucción nasal leve. Pero generalmente es asintomático. En un 10% de los casos es bilateral. Suelen pasar inadvertidos, al ser una lesión externa al hueso. Su Epitelio varía entre pseudoestratificado, columnar respiratorio u otros. El contenido quístico es de aspecto mucoso. ⁽¹⁹⁾ su tratamiento es quirúrgico.

C. Quiste globulomaxilar

Se forma a partir de restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva, entre el premaxilar y el maxilar. Es una entidad rara, su incidencia varía entre el 1% y el 3% de los quistes maxilares en función de los autores. En ocasiones puede ser bilateral. ⁽¹⁹⁾

Suelen ser asintomáticos, pasando inadvertido si no se infecta o adquiere un gran tamaño. La vitalidad de las piezas dentarias adyacentes suele estar preservada. Radiográficamente es una lesión radiolúcida en forma de “pera invertida” que se localiza en el maxilar superior entre el incisivo lateral y el canino, desplazando sus raíces.

Su revestimiento epitelial de tipo escamoso estratificado o prismático ciliado, rodeado de un tejido conectivo fibroso infiltrado por células inflamatorias. El tratamiento es Quistectomía, preservando las piezas adyacentes. ⁽¹⁹⁾

2.2.3 QUISTES INFLAMATORIOS

A. Quiste radicular o periapical

Se originan en los restos epiteliales odontogénicos (restos epiteliales de Malassez presentes en el ligamento periodontal). Son consecuencia de una inflamación crónica, desarrollándose a partir de un granuloma periapical preexistente. Es el más frecuente de los quistes odontogénicos, sobre todo entre la tercera y la sexta décadas de la vida y en hombres. Se localizan más frecuentemente en el maxilar superior, afectando sobre todo a los incisivos centrales. ⁽²⁷⁾

La mayoría son asintomáticos y se detectan de forma casual. Pueden aumentar de tamaño y provocar complicaciones como: deformidad facial, borramiento del vestíbulo bucal, aumento de la temperatura, fistulización, tendencia a separar los dientes próximos o síntomas por compresión de estructuras adyacentes. Los quistes que se hayan abscesificado pueden presentar una sintomatología aguda con las manifestaciones propias de una periodontitis aguda supurada. Suele observarse como una imagen radiolúcida, redonda u ovoide, homogénea, con borde opaco delgado inconstante. Se asocia a una o varias piezas dentarias a nivel apical o lateral, siendo éstas no vitales. ⁽¹⁹⁾

Es importante señalar que la diferenciación radiológica entre un quiste radicular y el granuloma apical no es posible, sobre todo cuando éste último ha comenzado a reabsorber el hueso alveolar y sustituirlo por tejido de granulación. Es obligatorio realizar en todos los casos un estudio histopatológico de la cápsula quística. El quiste está formado por epitelio escamoso estratificado no queratinizado de grosor variable. Existe una reacción inflamatoria extensa con predominancia de granulocitos polimorfonucleares y un soporte de tejido conectivo bien vascularizado. También puede observarse de forma variable la presencia de células mucosas, ciliadas, cuerpos hialinos, depósitos de colesterol, hemorragia, hemosiderina y calcificaciones de distinto tipo. (19)

El diagnostico diferencial es con el granuloma periapical y cicatriz periapical.

Nuestra actitud deberá ser siempre lo más conservadora posible, evitando si es posible la extracción dentaria.

Existen varias posibilidades quirúrgicas:

1. Endodoncia seguida de apicectomía y quistectomía.
2. Extracción de los dientes sin vitalidad y curetaje a nivel de la lesión

Si el tratamiento no es adecuado se desarrolla un quiste inflamatorio residual, que progresivamente iría aumentando de tamaño pudiendo provocar una destrucción ósea importante con adelgazamiento de la cortical y en ocasiones fractura de los maxilares. (19)

B. Quiste apical y radicular lateral

Similar al quiste radicular, pero de localización lateral a la raíz dental. Son muy poco frecuentes y su tratamiento es el mismo que para los quistes periapicales. ⁽¹⁹⁾

C. Quiste residual

Es la misma entidad clínica que el quiste periapical, pero se corresponde con una zona del maxilar donde se extrajo un diente. Se produce por la existencia de un quiste radicular extirpado de forma incompleta o porque existía un granuloma que pasó inadvertido en la extracción. Suelen alcanzar un tamaño mayor que los quistes radiculares y su tratamiento es la quistectomía. ⁽²⁷⁾

D. Quiste yugal mandibular infectado colateral (paradental)

El término quiste paradental describe unas lesiones en las regiones bucal y distal de terceros molares mandibulares parcialmente erupcionados que han sufrido episodios previos de pericoronaritis. Son más frecuentes en varones en la tercera década de la vida y en ocasiones pueden ser bilaterales. Una variante es el quiste bucal infectado de la mandíbula, que aparece en niños en relación con molares mandibulares parcialmente erupcionados ⁽²⁵⁾

2.2.4 MANEJO TERAPÉUTICO

Se debe valorar cada paciente de forma individualizada para optar por la mejor opción terapéutica, dependiendo de varios factores como el diagnóstico final, tamaño de la lesión, situación de ésta o afectación de estructuras adyacentes. (19)

Garantizar la existencia de una correcta endodoncia, previa al acto quirúrgico en los quistes radiculares. Evaluar la posible necesidad de un tratamiento de conductos en aquellos dientes vitales, próximos al área quirúrgica, en cualquier tipo de quiste. (26)

QUISTOSTOMÍA (Marsupialización): El principio en el que se basa es en el crear una amplia comunicación entre la cavidad quística la cavidad oral, con la consiguiente eliminación de la presión intraquistica. El descenso de la presión causará un bloqueo de la cavidad osteoclástica y una estimulación de la reparación con la activación de los osteoblastos, con una progresiva reducción de las dimensiones de la lesión. (27)

Indicaciones: quistes de gran tamaño, cuya enucleación conlleva riesgos de fractura mandibular o lesión de estructuras vecinas. Quistes de moderado tamaño, en pacientes comprometidos. Quistes poco accesible. (26)

QUISTECTOMÍA (Enucleación): consiste en la remoción completa de un quiste en una única sesión operatoria. La cavidad ósea residual suele curar espontáneamente, mediante regeneración ósea gracias a un mecanismo de organización del primitivo coagulo hemático que se forma en el postoperatorio. (27)

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los maxilares resultan ser un lugar muy frecuente de una gran variedad de quistes y neoplasias que pueden ser de difícil diagnóstico, tal vez de entre todos los procesos tumorales que se dan en la región maxilofacial, los quistes maxilares son los más importantes debido a su frecuencia de presentación. En el Perú no existen estudios retrospectivos del conjunto de estas lesiones.

Kramer (1974), define los quistes maxilares como cavidades patológicas encapsuladas localizadas en el hueso o partes blandas que contienen sustancias líquidas, semilíquidas o gaseosas, su crecimiento es de forma centrifuga y expansiva. ⁽¹⁸⁾

Una adecuada exploración clínica y radiográfica por parte del odontólogo general es suficiente para alcanzar un diagnóstico de presunción que debe ser corroborado por la anatomía patológica. Los quistes maxilares tienen distinto origen y comportamiento clínico, su crecimiento es siempre lento, expansivo y no infiltrante. No se consideran neoplasias, pero ocasionalmente pueden malignizarse.

La OMS en su clasificación de 1992, distingue dentro de los quistes epiteliales a los quistes de desarrollo odontogénico y no odontogénico; y a los quistes maxilares inflamatorios. ⁽¹⁾

Según los estudios, los mas frecuentes diagnosticados son los quistes radiculares, quistes dentígeros y queratoquiste odontogénico. ^(2, 3, 5, 6, 9, 11, 12) La frecuencia de cada uno de estos quistes es variable por lo que se hace necesario conocer la prevalencia de quistes maxilares en nuestra población.

Formulación del Problema

¿Cual es la frecuencia de quistes maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el periodo comprendido entre los años 2002- 2007?

2.4 JUSTIFICACIÓN

Los diferentes estudios reportan aumento en la aparición de quistes maxilares debido a la falta de cuidado periódico, ya que la población no acude a consulta odontológica rutinariamente, fomentándose situaciones de riesgo derivadas de estas lesiones.

En nuestro país se desconoce la prevalencia de los quistes maxilares, lo que impide establecer acciones de carácter institucional para la prevención, diagnóstico y tratamiento de estas patologías. Por ello, determinar la prevalencia de quistes maxilares en la población, permitirá al especialista, el cirujano Buco Máxilo Facial, dirigir su atención hacia estas y elaborar protocolos de tratamientos adecuados que permitan recuperar la salud bucal del individuo afectado por la alteración. Por lo que el presente estudio permitirá concientizar a la población y profesionales de la odontología con relación a la necesidad de definir acciones para la prevención de estas patologías.

2.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1 Objetivo General

Determinar la frecuencia de quistes en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el periodo comprendido entre los años 2002- 2007.

2.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de quiste maxilar más frecuente.
- Identificar los quistes maxilares según localización
- Identificar los quistes maxilares según tamaño de la lesión.
- Identificar la técnica quirúrgica empleada para quistes maxilares.
- Identificar la frecuencia de quistes maxilares según género.
- Identificar la frecuencia de quistes maxilares según grupo etáreo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal.

Descriptivo porque se registraron los tipos de quistes maxilares, frecuencia, localización y solo se los asociaron con otras variables, no se estableció una relación de causalidad.

Transversal porque la recolección de datos se realizó en un solo momento de acuerdo a los objetivos de investigación.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION

La población estuvo conformado por pacientes diagnosticados con quistes maxilares, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo enero 2002- diciembre 2007

El número total de pacientes diagnosticados fue de 212.

Criterios de inclusión.

- Pacientes con Historia Clínica registrada y codificada en archivo durante el periodo de Enero 2002 a Diciembre 2007, con diagnóstico de quistes maxilares según CIE10 (código internacional de enfermedades) K04.8 y K09, correspondiente a quiste radicular y quistes de la región bucal respectivamente.
- Pacientes sometidos a Intervención Quirúrgica en cuyas Historias Clínicas presentan informe del cirujano sobre el acto operatorio.
- Pacientes con Historias Clínicas que presenten informe de Anatomía Patológica.
- Pacientes cuya Historia Clínica presente información completa de los aspectos analizados en la investigación.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por los pacientes intervenidos quirúrgicamente debido a quistes maxilares en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo enero 2002- diciembre 2007.

La unidad muestral estuvo conformada por pacientes que presentan quistes maxilares sometidos a tratamiento quirúrgico registrado en la Historia Clínica y la unidad de análisis fueron los quistes maxilares. El tipo de muestra fue no probabilística, por conveniencia.

Se obtuvieron 48 historias óptimas para ser registradas, es decir menos del 25% de la lista original, debido alas siguientes causas:

- Algunas historias clínicas no fueron halladas por el personal de archivo del hospital debido a que se encontraban en otro archivo, son las llamadas “historias pasivas”, es decir pacientes que ya no acuden al hospital por más de un año. Por lo que su búsqueda estuvo limitada.
- Otras historias clínicas no presentaron diagnostico definitivo, confirmado por los informes anatomo patológico.
- Las historias clínicas registradas con el código K04.8 y K09, también incluyeron historias de pacientes con otras clases de quistes, dichas historias fueron separadas.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
Quistes Maxilares	Es una bolsa conectivo epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido	Ubicación	Localización	Cualitativa Nominal	Maxilar: -Región anterior -Región premolar-molar -Región terceros molares Mandíbula: -Región anterior -Región premolar-molar -Región terceros molares
		Características clínicas, histológicas e imágenes	Característica anatomo patológica	Cualitativa Nominal	-quiste gingival del recién nacido -queratoquiste odontogénico -quiste dentígero -quiste de erupción -quiste periodontal lateral -quiste gingival -quiste odontogénico glandular -quiste nasopalatino -quiste nasolabial -quiste globulomaxilar -quiste radicular -quiste apical y radicular lateral -quiste residual -quiste yugal mandibular infectado colateral
			tamaño	Cualitativa Ordinal	-0.1 – 2.0 cm -2.1 – 4.0 cm -4.1 – 6.0 cm -6.1 a más

Técnica Quirúrgica	Es el conjunto de métodos quirúrgicos que se emplean para restaurar la salud oral.		Procedimiento quirúrgico empleado para la remoción de la lesión	Cualitativa Nominal	- quistostomia - quistectomia
Género	Conjunto de seres que tienen características comunes, rasgo inherente que los designan como personas de sexo femenino o masculino.		Registro de datos y características personales del paciente en la Historia Clínica	Cualitativa Nominal	-Masculino -Femenino
Edad	Es el número de años vividos		Años vividos	Cualitativa Ordinal	-<10 años -10-19 -20-29 -30-39 -40-49 -50-59 -60 a más

3.4 DISEÑO METODOLÓGICO

3.4.1. Procedimientos y técnicas

Se cursó una solicitud a la dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza pidiendo que se permita el acceso a las Historias Clínicas con diagnóstico registrado con el CIE 10 (código internacional de enfermedades) K04.8 y K09, correspondiente a quiste radicular y quistes de la región bucal respectivamente, durante el periodo enero 2002- diciembre 2007.

Se coordinó con el departamento de Estadística para la obtención de la relación del número de Historias Clínicas.

Se revisó 20 por día en la oficina de archivo del HNAL las que fueron solicitadas con días de anticipación. Durante la revisión de las Historias Clínicas se verificó que cuenten con la información mínima necesaria para su registro.

3.4.2. Recolección de datos

El presente estudio fue descriptivo, la toma de datos fue en forma indirecta, por lo que se registró la información encontrada en las Historias Clínicas para su realización. Se Contó con las Historias Clínicas que presenten diagnóstico registrado con el CIE 10 (código internacional de enfermedades) K04.8 y K09.

El registro de la información se realizó en la ficha de recolección de datos (anexo 1), cuyos pasos son los siguientes:

- Numero de Historia Clínica, para mantener el registro si fuera necesario una nueva revisión.
- Grupo etáreo, los cuales serán distribuidos en 7 grupos en intervalos de 10 años desde menores de 10años hasta mayores o iguales de 60 años.
- Género.
- Localización de la lesión, donde se considerará las regiones más afectadas según los antecedentes.
- Tamaño de la lesión, donde se considerará el tamaño de las lesiones más frecuentes.
- Diagnóstico, para registrar en la tabla estadística la frecuencia de las lesiones.
- Técnica quirúrgica que se realizó para la restauración de la salud oral.

3.4.3. Procesamiento de los resultados

Los datos obtenidos de la ficha de recolección de datos serán procesados por un computador PENTIUM IV, mediante el programa estadístico Spss 12.0 versión en español y la base de datos Excel. Los resultados obtenidos fueron presentados en cuadros y gráficos de acuerdo con los objetivos señalados.

IV. RESULTADOS

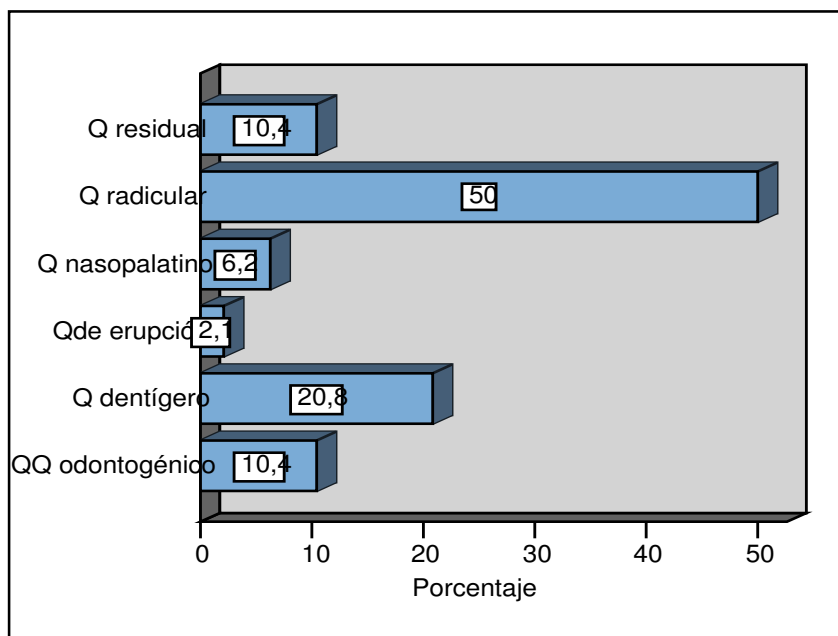
Obsérvese en el cuadro y gráfico 1 la frecuencia de cada tipo de quiste diagnosticados en los pacientes atendidos en el periodo analizado. El quiste radicular constituyó el más común, con un 50%, seguido del quiste dentígero con un 20,8%.

CUADRO 1. Quistes maxilares diagnosticados en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007

Quistes Maxilares	N°	%
Queratoquiste odontogénico	5	10.4
Quiste dentígero	10	20.8
Quiste de erupción	1	2.1
Quiste nasopalatino	3	6.3
Quiste radicular	24	50
Quiste residual	5	10.4
Total	48	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

GRÁFICO 1. Quistes Maxilares diagnosticados en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007



CUADRO 2. Localización de Quistes Maxilares según género en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007

Localización Anatómica	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Maxilar	14	41,2	20	58,8	34	70,8
Mandíbula	5	35,7	9	64,3	14	29,2
Total	19	39.6	29	60.4	48	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

De acuerdo a lo observado en el cuadro 2, los quistes maxilares se presentaron mayormente en el maxilar y en el sexo femenino.

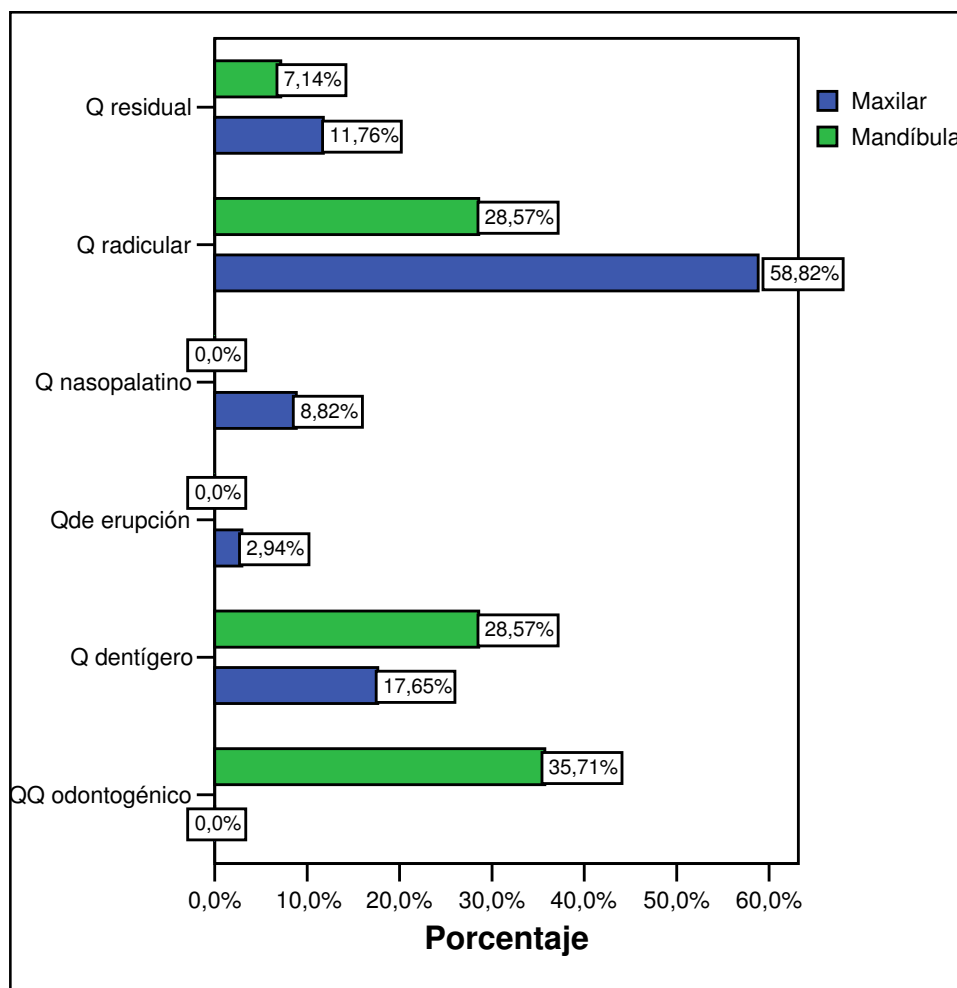
El cuadro 3 y el gráfico 2 muestran la localización anatómica para cada tipo de quiste. El quiste radicular y el quiste dentígero prevalecieron en el maxilar seguido del quiste nasopalatino; el queratoquiste odontogénico se encontró mayormente en mandíbula.

CUADRO 3. Distribución de Quistes Maxilares según localización anatómica en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.

Quistes Maxilares	Localización				Total	
	Maxilar		Mandíbula			
	N	%	N	%	N	%
QQ odontogénico	0	0	5	35.71	5	10.42
Q dentígero	6	17.65	4	28.57	10	20.83
Q de erupción	1	2.94	0	0	1	2.08
Q nasopalatino	3	8.82	0	0	3	6.25
Q radicular	20	58.82	4	28.57	24	50
Q residual	4	11.76	1	7.14	5	10.42
Total	34	100	14	100	48	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

GRAFICO 2. Distribución de Quistes Maxilares según localización anatómica en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.



El quiste radicular se presentó con mayor frecuencia en el maxilar prevaleciendo en la región anterior seguido del quiste nasopalatino y residual; el queratoquiste odontogénico tuvo preferencia por la mandíbula en la región de las terceras molares y anterior. (Ver cuadro 4)

CUADRO 4. Distribución de Quistes Maxilares según área de localización en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.

Quistes Maxilares	MAXILAR						MANDIBULA						TOTAL	
	ANT		PM-M		3ºM		ANT		PM-M		3ºM			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
QQ. Odontogénico	0	0	0	0	0	0	2	28,6	1	20	2	100	5	10,4
Q. dentígero	4	14,8	1	16,7	1	100	1	14,3	3	60	0	0	10	20,8
Q. de erupción	1	3,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,1
Q. nasopalatino	3	11,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6,3
Q. radicular	15	55,6	5	83,3	0	0	3	42,9	1	20	0	0	24	50
Q. residual	4	14,8	0	0	0	0	1	14,3	0	0	0	0	5	10,4
TOTAL	27	56,3	6	12,5	1	2,1	7	14,6	5	10,4	2	4,2	48	100

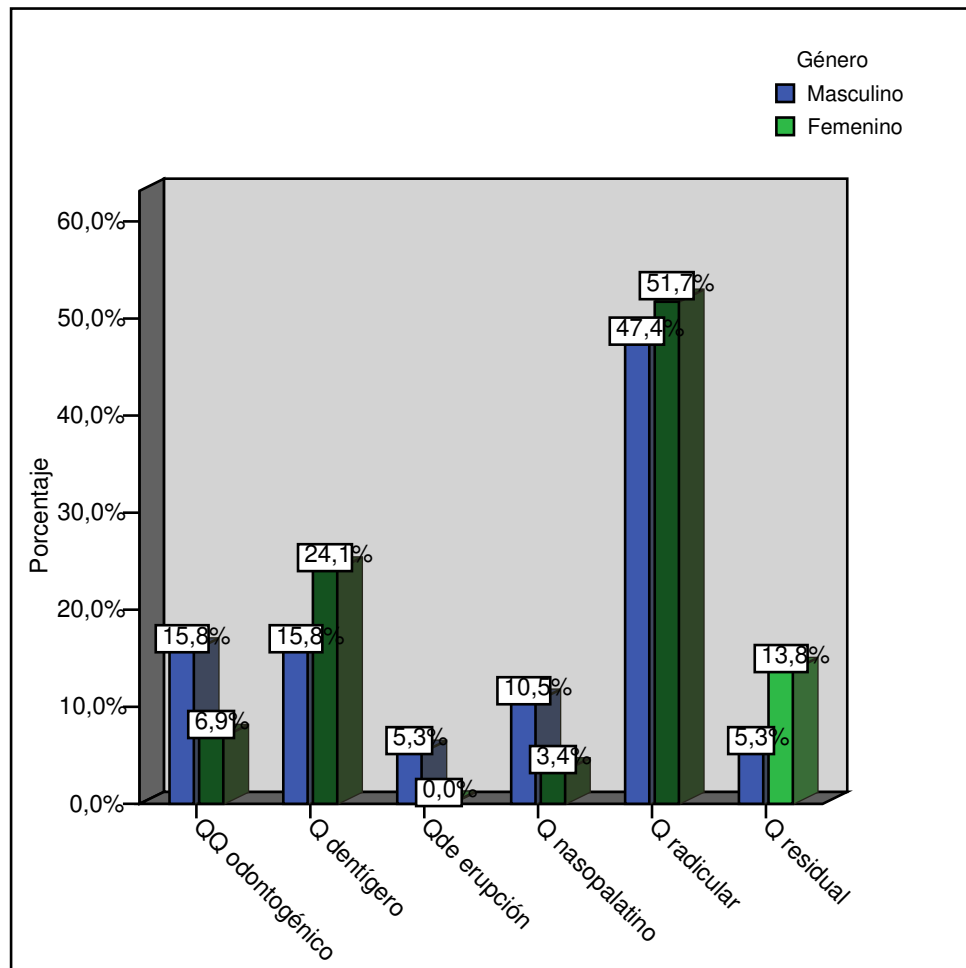
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

CUADRO 5. Distribución de Quistes Maxilares según género en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.

Quistes Maxilares	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
QQ odontogénico	3	15,8	2	6,9	5	10,4
Q dentígero	3	15,8	7	24,1	10	20,8
Q de erupción	1	5,3	0	0	1	2,1
Q nasopalatino	2	10,5	1	3,4	3	6,3
Q radicular	9	47,4	15	51,7	24	50,0
Q residual	1	5,3	4	13,8	5	10,4
Total	19	39,6	29	60,4	48	100,00

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

GRAFICO 3. Distribución de Quistes Maxilares según género en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.



El cuadro 5 y el gráfico 3 muestran la distribución de quistes maxilares según género. De modo general se observó un predominio en el sexo femenino (60,4%), sobre el masculino (39,6%); sin embargo en el quiste nasopalatino, en el queratoquiste odontogénico y en el quiste de erupción primó el sexo masculino.

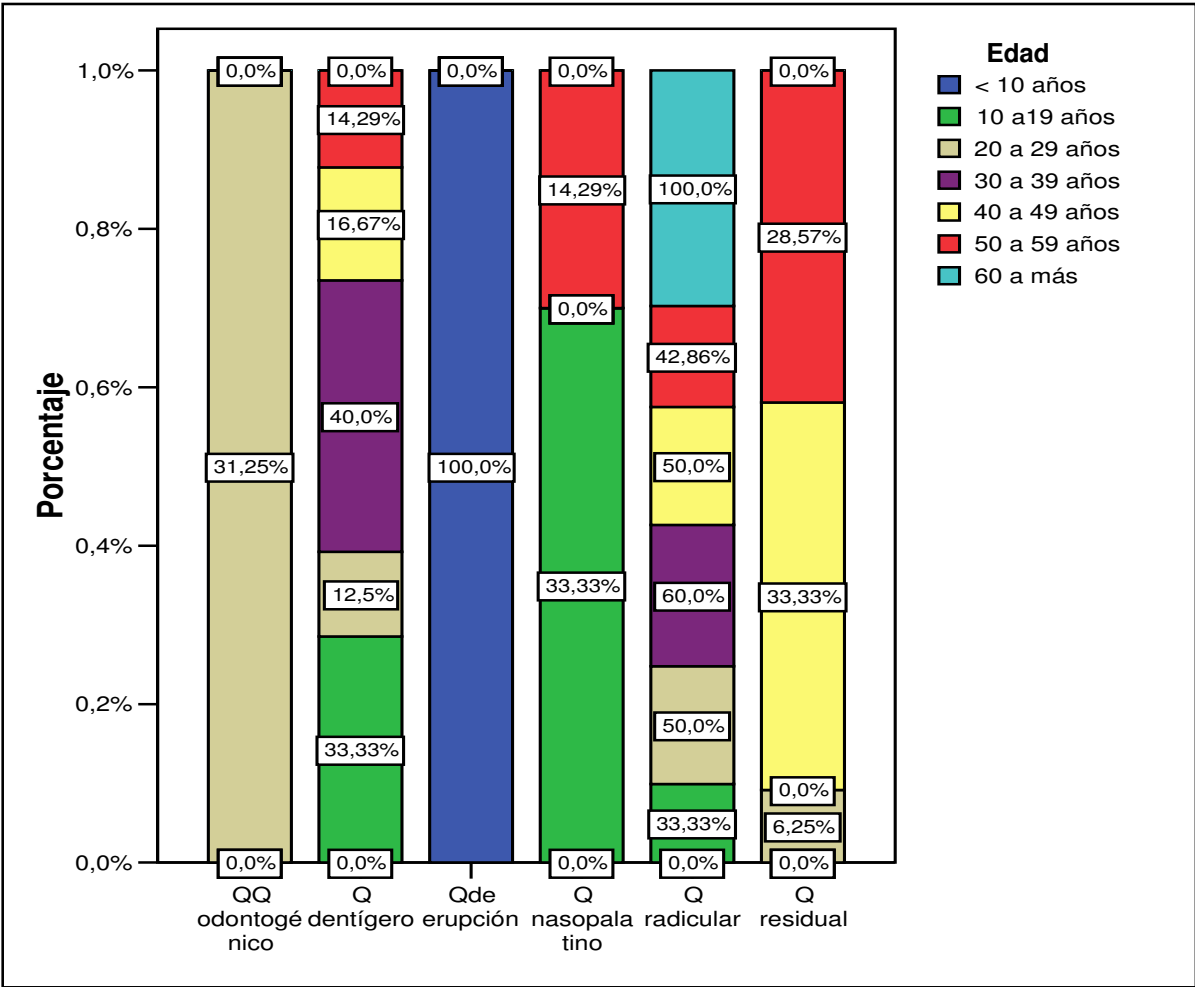
El cuadro 6 y el gráfico 4 muestran la distribución de quistes maxilares según edad. En general se observó un predominio por la tercera y cuarta década. El quiste radicular se presentó con mayor frecuencia en la tercera y cuarta década de la vida, el quiste dentígero en la cuarta década, el queratoquiste odontogénico prevaleció en la tercera década, el residual en la quinta y sexta década; y el quiste de erupción en la primera década.

CUADRO 6. Distribución de Quistes Maxilares según edad en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.

Quistes Maxilares	Edad														Total	
	< 10 años		10 -19		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50- 59		60 a más			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
QQ odontogénico	0	0	0	0	5	31,2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10,4
Q dentígero	0	0	2	33,3	2	12,5	4	40	1	16,7	1	14,3	0	0	10	20,8
Q de erupción	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.1
Q nasopalatino	0	0	2	33,3	0	0	0	0	0	0	1	14,2	0	0	3	6.3
Q radicular	0	0	2	33,3	8	50	6	60	3	50	3	42,8	2	100	24	50
Q residual	0	0	0	0	1	6.3	0	0	2	33,3	2	28,5	0	0	5	10,4
Total	1	2.1	6	12,5	16	33,3	10	20,8	6	12,5	7	14,6	2	4,2	48	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

GRAFICO 4. Distribución de Quistes Maxilares según edad en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.



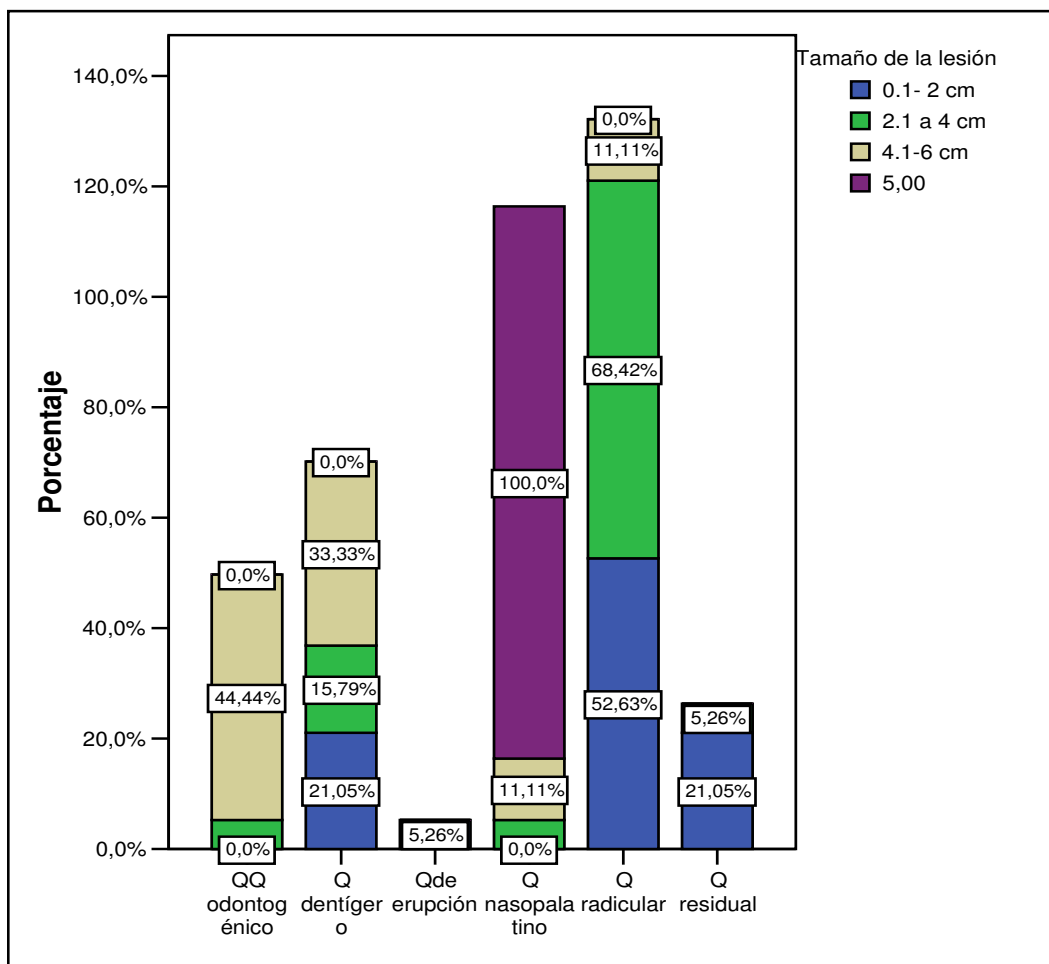
El cuadro 7 y el gráfico 5 muestran la distribución de quistes maxilares según tamaño de la lesión. El tamaño que predominó se encontró entre 0,1- 2 y 2,1- 4 cm. El quiste radicular presentó con mayor frecuencia un tamaño de 2,1 – 4 cm seguido del quiste dentígero con un tamaño de 0,1 – 2 cm. La lesión de mayor tamaño se presentó en el quiste nasopalatino.

CUADRO 7. Distribución de Quistes Maxilares según tamaño de la lesión en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.

Quistes Maxilares	Tamaño de la lesión								Total	
	0.1- 2 cm		2.1 a 4 cm		4.1-6 cm		6 a más			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
QQ odontogénico	0	0	1	5.3	4	44.4	0	0	5	10.4
Q dentígero	4	21.1	3	15.8	3	33.3	0	0	10	20.8
Q de erupción	1	5.3	0	0	0	0	0	0	1	2.1
Q nasopalatino	0	0	1	5.3	1	11.1	1	100	3	6.3
Q radicular	10	52.6	13	68.4	1	11.1	0	0	24	50
Q residual	4	21.1	1	5.3	0	0	0	0	5	10.4
Total	19	39.6	19	39.6	9	18.8	1	2.1	48	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

GRÁFICO 5. Distribución de Quistes Maxilares según tamaño de la lesión en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.



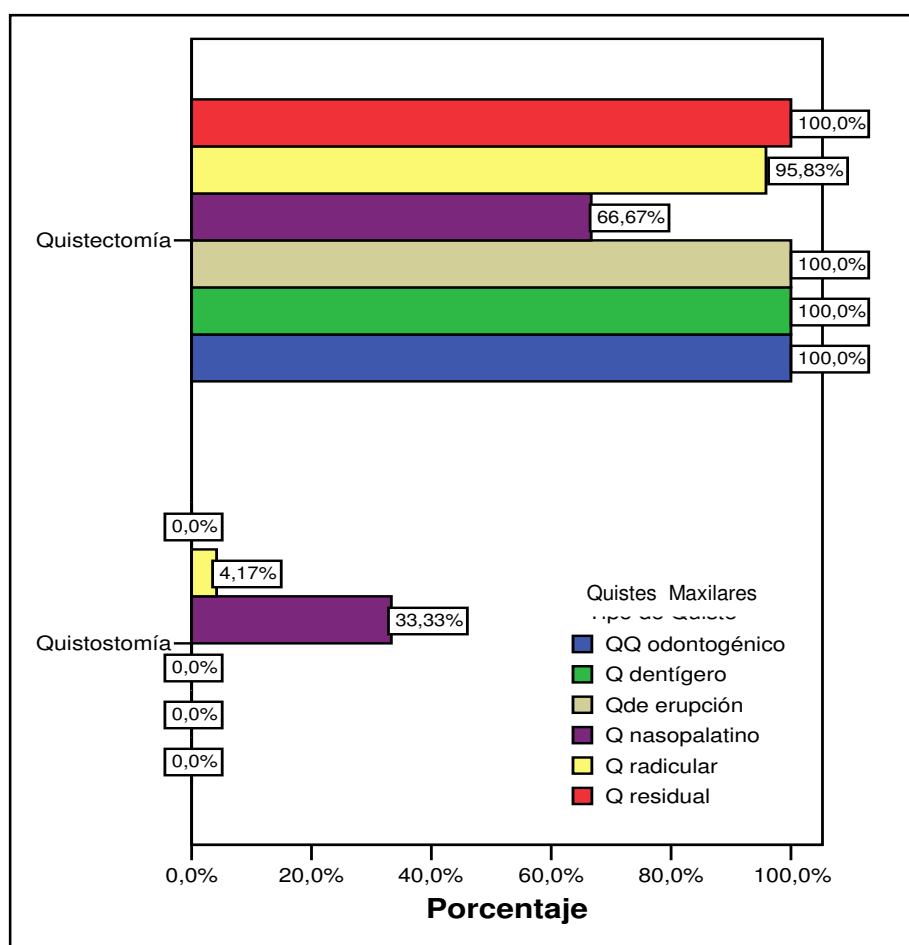
Según el cuadro 8 y el gráfico 6, el tratamiento quirúrgico que se realizó con mayor frecuencia fue la Quistectomía (95,83%); la Quistostomía se realizó para el quiste radicular en un 4,2% y para el quiste nasopalatino en un 33,3%.

CUADRO 8. Distribución de Quistes Maxilares según técnica quirúrgica realizada en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.

Quistes Maxilares	Técnica quirúrgica				Total	
	Quistostomía		Quistectomía			
	N	%	N	%	N	%
QQ odontogénico	0	0	5	100	5	10,4
Q dentígero	0	0	10	100	10	20,8
Q de erupción	0	0	1	100	1	2,1
Q nasopalatino	1	33,3	2	66,7	3	6,3
Q radicular	1	4,2	23	95,8	24	50
Q residual	0	0	5	100	5	10,4
Total	2	4.2	46	95.8	48	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

GRÁFICO 6. Distribución de Quistes Maxilares según técnica quirúrgica realizada en pacientes atendidos en el HNAL 2002-2007.



V. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación confirman algunos estudios previos sobre los quistes maxilares.

Ioannidou⁽¹¹⁾ encontró un mayor número de quistes radiculares, quien obtuvo el 59,6% y se aproximan a los de Jones⁽⁶⁾ quien informó 52,3% para los quistes radiculares. Nakamura⁽⁵⁾ en su informe de diez años en el servicio de Cirugía Oral de la Universidad de Nihon encontró que los quistes radiculares constituían el 41,2% (509 casos), mientras que Koseoglu⁽³⁾ obtuvo una mayor frecuencia (59%). Los cuales son similares al presente estudio, donde se observó que los quistes radiculares representan el 50% de todos los quistes encontrados, ocupando el primer lugar de mayor frecuencia dentro de estas lesiones

Grossmann⁽⁷⁾ y Ochsenius⁽¹⁰⁾, en relación con la presencia y desarrollo de quistes intrabucales, encontraron que el quiste radicular, dentígero y el queratoquiste, resultaron los más frecuentes similar encontrado en el presente estudio; con un 50% para quiste radicular, 20.8% para quiste dentígero y un 10.4% para el queratoquistes odontogénico.

Díaz⁽¹⁴⁾ e Ioannidou⁽¹¹⁾ analizaron las particularidades de quistes radiculares encontrando mayor prevalencia en la tercera década de vida y la mayor incidencia en el maxilar superior, correspondiéndose con los resultados

encontrados en la presente investigación localizados de preferencia en la región anterior del maxilar.

Reportaron el 65,3%⁽¹¹⁾ en el sexo masculino, contrario a los resultados del presente estudio donde se encontró un 60,4% en el sexo femenino.

Numerosos autores ^(11, 13, 14, 15, 16) han encontrado un alto porcentaje de quistes afectando preferentemente el maxilar superior. Con relación a los quistes dentígeros, éstos se observaron en la segunda década y con mayor frecuencia en la mandíbula ^(5, 11). En la investigación realizada, los quistes dentígeros aparecieron con más frecuencia en la tercera y cuarta década de la vida; localizándose, fundamentalmente, en la región premolar-molar de la mandíbula y en menor número en la región anterior del maxilar superior.

El quiste nasopalatino es el más frecuente quiste no odontogénico encontrado en el presente estudio similar a lo encontrado por Grossmann ⁽⁷⁾.

Los quistes maxilares en cuanto a los resultados observados, prevalecieron en cuanto a su tamaño de 0,1-2 y 2,1-4cm. Comparado con Varinauskas ⁽¹³⁾ donde se encontró un tamaño promedio de 3,58cm

Con respecto al tratamiento quirúrgico, los quistes maxilares fueron tratados por enucleación ^(4, 11, 13) y por marzupialización ⁽⁴⁾ en un 10%, similar al presente estudio donde se trató con Quistectomía (95,8%).

VI. CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluyó:

- Los quistes radicales ocuparon el primer lugar de frecuencia entre los quistes maxilares seguidos de los quistes dentígeros. Estos aparecieron con más frecuencia en el sexo femenino y los queratoquistes se encontraron más en el sexo masculino.
- Los quistes maxilares son más frecuentes en la tercera y cuarta década de la vida. En la infancia son menos frecuentes.
- El análisis de los datos revela un predominio de quistes maxilares en el sexo femenino en una relación de 3 a 2 con respecto al sexo masculino.
- Los quistes se localizaron, fundamentalmente, en el maxilar (70,8%) y mandíbula (29,2%), afectando mayormente en la región anterior.
- El tamaño más frecuente encontrado osciló entre 0,1- 2 y 2,1-4cm.
- La técnica quirúrgica más empleada fue la de quistectomía.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios epidemiológicos en los servicios de cirugía buco maxilo facial de los diferentes hospitales de Lima, con la finalidad de precisar la prevalencia y características de los grupos humanos en los que se diagnostique la alteración.
- Conformar una base de datos con participación de los hospitales, para un mejor análisis de las lesiones quísticas y mejorar la información.
- Ampliar este estudio con respecto al sexo, ya que en el Perú los resultados son diferentes comparado con otros países.
- Realizar estudios de investigación para tener mayor información sobre la etiología de quistes maxilares.
- Se recomienda al cirujano Buco Máxilo Facial dar mayores especificaciones en las Historias Clínicas y registro de la secuencia de los estudios clínicos, radiográficos y de anatomía patológica para ayudar en futuras investigaciones.

VIII. RESUMEN

Los quistes maxilares constituyen un grupo de frecuentes lesiones intraóseas propias de los maxilares y una de las principales causas de destrucción de estos huesos. En Perú no existen estudios del conjunto de estas lesiones. **Objetivos.** El propósito de este trabajo fue determinar la presencia de quistes maxilares y la técnica quirúrgica realizada en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2002-2007. **Material y Método.** Se revisaron historias clínicas correspondientes a los años 2002-2007 con diagnóstico de quistes maxilares y se determinó la frecuencia según grupo etáreo, género, localización, tamaño de la lesión y tipo de técnica quirúrgica realizada de cada una de estas entidades. **Resultados.** El quiste radicular fue el de mayor frecuencia (50%), seguido de los quistes dentígeros (20,8%) y queratoquistes odontogénico (10,4%). Se encontró un predominio por el sexo femenino y predilección por el maxilar superior. La distribución por edades de los pacientes con quistes radiculares fue en la tercera y cuarta década de vida. El tamaño de la lesión con mayor frecuencia encontrada fue de 0,1-2 y 2,1-4cm. La mayoría de estas lesiones fueron tratadas por quistectomía (95,8%).

PALABRAS CLAVES: Quistes maxilares, frecuencia, Técnica quirúrgica.

Abstract

The jaw cysts are a group of frequent injuries intraosseous jaw and a major cause of destruction of these bones. In Peru there are no studies of the combination of these injuries. **Objectives.** The purpose of this study was to determine the presence of jaw cysts and surgical technique performed in patients treated at the National Archbishop Loayza Hospital during the period 2002-2007. **Materials and methods.** We reviewed medical records for the years 2002-2007 with a diagnosis of jaw cysts and the frequency was determined according to age group, gender, location, size of the lesion and type of surgery performed in each of these entities. **Results.** The radicular cysts was the most frequently (50%), followed by dentigerous cysts (20.8%) and Odontogenic keratocyst (10.4%). There was predominance in females and predilection for the upper jaw. The age distribution of patients with radicular cysts was in the third and fourth decade of life. The size of the lesion was found more frequently in 0.1-2 and 2.1-4cm. The majority of these injuries were treated by cystectomy (95.8%).

KEYWORDS: jaw cysts, frequency, surgical technique.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours. Berlin: Springer-Verlag; 1992. p. 34-42.
2. Mosqueda Taylor A, Irigoyen Camacho ME, Díaz Franco MA, Torres Tejero MA. Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. Med Oral 2002; 7:89-96.
3. Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. J Oral Sci. 2004 Dec; 46(4):253-7
4. Ogunlewe MO, Odukoya O, Akinwande JA. Epithelial jaw cysts: analysis of 126 Nigerian cases. Afr Dent J. 1996; 10:1-8.
5. Nakamura T, Ishida J, Nakano Y, Ishii T, Fukumoto M, Izumi H, Kaneko K. A study of cysts in the oral region. Cysts of the jaw. J Nihon Univ Sch Dent. 1995 Mar; 37(1):33-40
6. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. J Oral Pathol Med. 2006 Sep; 35(8):500-7.
7. Grossmann SM, Machado VC, Xavier GM, Moura MD, Gomez RS, Aguiar MC, Mesquita RA. Demographic profile of odontogenic and selected

nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007 Dec; 104(6):e35-41. Epub 2007 Oct 17.

8. Bataineh AB, Rawashdeh MA, Al Qudah MA. The prevalence of inflammatory and developmental odontogenic cysts in a Jordanian population: a clinicopathologic study. *Quintessence Int.* 2004 Nov-Dec; 35(10):815-9.

9. Oji C. Statistical observations on jaw cysts in Enugu, Nigeria, 1987-1996. *Odontostomatol Trop.* 1999 Mar; 22(85):33-6.

10. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Quistes odontogénicos: Análisis de 2.944 casos en Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007; 12(2):E85-91.

11. Ioannidou F, Mustafa B, Seferiadou-Mavropoulou T. Odontogenic cysts of the jaws. A clinicostatistical study. *Stomatologia (Athenai).* 1989 Mar-Apr; 46(2):81-90.

12. Meningaud JP; Oprean N; Pitak-Arnnp P; Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *J Oral Sci;* 48(2):59-62, 2006 Jun.

13. Varinauskas V; Gervickas A; Kavoliuniene O. Analysis of odontogenic cysts of the jaws. *Medicina (Kaunas);* 42(3):201-7, 2006.

14. Díaz Fernández, José Manuel. Quistes de los maxilares: estudio de 125 pacientes. Rev. cuba. estomatol; 23(3):211-20, sept.-dic. 1986.
15. Márquez Ernesto y Col. comportamiento epidemiológico de los quistes maxilares. estudio de diez años. 2004. www.odontologia-online.com.
16. Moncada R. y col. Lesiones quísticas bucales diagnosticadas en pacientes atendidos en el hospital universitario de Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. Acta odontol. venez vol.43 no.1 Caracas Jan. 2005.
17. Estrada M. Lesiones quísticas asociadas a terceros molares retenidos que requirieron hospitalización. Rev Cubana Estomatol. vol.35 no.3 Ciudad de La Habana Sept.-Dec. 1998.
18. Cohen B. Fundamentos Científicos de Odontología. La Habana. 1981.
19. Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Máxilofacial. Protocolos SECOM-05-Quistes Maxilares 2007.
www.facme.org/files/7_protocolo_capitulo_5.pdf.
20. Concha Guillermo. Radiología de Quistes de los Maxilares. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile Vol. 13 N° 1 año 2002.
21. Oraks Silvio. Diagnostico Bucal. Editorial Artes Medicas Ltda. Brasil. 2004.

22. Figueroa Adriana. Queratoquiste Odontogénico, ¿Verdadera neoplasia de histogénesis odontogénica o lesión quística? VITAE Academia Biomédica Digital, Número 28, Julio - Septiembre, 2006.
<http://www.bioline.org.br/request?va06019>.

23. I. R. H. Kramer, J. J. Pindborg, and M. Shear. Histological Typing of Odontogenic Tumours. Second Edition. Germany. 1992

24. Varalli Lucas. Tumor Odontogénico Queratoquístico (ex queratoquiste) de gran tamaño. Cirugía Oral e Implantes Dentales. Setiembre, 2007.
http://citugiaeimplantes.blogspot.com/2007/09/tumor-odontognico-queratoquistico-ex_09.html

25. Rodríguez Luis y Col. Quistes de los maxilares. Revisión bibliográfica. Revista Cubana Estomatología v.43 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2006.

26. Gutiérrez José Luis y Col. Protocolos y guías de práctica clínica en Cirugía Bucal. Sociedad Española de Cirugía Bucal. 2005.

27. Chiapasco Matteo. Cirugía Oral. Texto y Atlas en color. Editorial Masson SA. España. 2004.

ANEXO

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“QUISTES MAXILARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DURANTE EL PERIODO 2002-2007”

FICHA N° _____

HC: _____

GRUPO ETÁREO: <10 a () 10-19() 20-29() 30-39() 40-49() 50-59() 60 a más()

GÉNERO: MASCULINO () FEMENINO ()

LOCALIZACIÓN:

MAXILAR: REGIÓN ANTERIOR ()
REGIÓN PREMOLAR-MOLAR ()
REGIÓN TERCERA MOLAR ()

MANDIBULA: REGIÓN ANTERIOR ()
REGIÓN PREMOLAR-MOLAR ()
REGIÓN TERCERA MOLAR ()

TAMAÑO DE LA LESIÓN:

0.1 - 2.0 cm ()
2.1 – 4.0 cm ()
4.1 – 6.0 cm ()
6.1 a más ()

DIAGNÓSTICO:

Quiste gingival del recién nacido	()	Quiste nasopalatino	()
Queratoquiste odontogénico	()	Quiste nasolabial	()
Quiste dentígero	()	Quiste globulomaxilar	()
Quiste de erupción	()	Quiste radicular	()
Quiste periodontal lateral	()	Quiste apical y radicular lateral	()
Quiste gingival	()	Quiste residual	()
Quiste odontogénico glandular	()	Quiste yugal mandibular infectado colateral	()

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Quistostomia ()

Quistectomia ()

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 02

HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

MEMORANDUM N°00492 /HNAL-OADeI-2008

A : SR. PABLO CASTRO VALDIVIEZO.
Director de la Oficina de Estadística
e Informática.

DE : Dr. LUIS ALBERTO NEYRA ARISMENDIZ
Jefe de la Unidad de Investigación Científica
y Desarrollo Tecnológico del HNAL.

ASUNTO : Autorización para Revisión de
Historias Clínicas.

FECHA : Lima, 16 de octubre del 2008

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y comunicarle que el Bachiller.
JEINMY MARCELA LI ALBRIZZIO- de la Facultad de Odontología de la
UNMSM, realizará un trabajo de investigación titulado "Prevalencia de
Quistes Maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo
Loayza durante el 2002 al 2007".

Por tal motivo solicito a su digno despacho brinde las facilidades del caso para
que la doctora antes mencionada, pueda tener acceso a las Historias Clínicas
de nuestra institución.

Atentamente

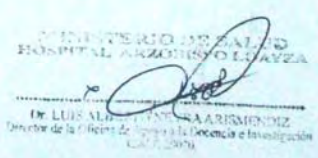
LNA/
Laura
Cc. Archivo.

MINISTERIO DE SALUD
HOSP. NAC. "ARZOBISPO LOAYZA"
OFICINA DE ESTADISTICA

16 OCT. 2008


RECIBIDO

12:30 PM


Dr. LUIS ALBERTO NEYRA ARISMENDIZ
Director de la Unidad de Investigación Científica
y Desarrollo Tecnológico del HNAL

Av. Alfonso Ugarte 848 – Lima Teléfono 4313799 Anexo 145

Foto 1. Autorización del Hospital Nacional Arzobispo Loayza



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA

HISTORIA CLÍNICA

Dental

APELLIDOS: Alvarado

PATERNO: Montoya

MATERNO: CHESTINO

NOMBRES: CHESTINO

MARCAR AÑO DE ATENCIÓN			
2002		2009	
2003		2010	
2004		2011	
2005		2012	
2006	X	2013	
2007		2014	
2008		2015	
		2016	
		2017	
		2018	
		2019	
		2020	
		2021	
		2022	

NÚMERO HISTORIA CLÍNICA CL.

1875769

Foto 2. Historia Clínica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

LOAYZA

Cirujano: Dr. Juanes Oro 1º Asistente: Dr. Florencio Tito
 Asistente: Dr. Roberto Delgado Interno: Fernando
 Enfermera: Enfermera
 Enfermera de Circulación: Enfermera Cuento Gases: Enfermera
 Ordenes: Apéndice Tipo de Anestesia: General
 Fecha: 22/08/02 Comienza: 9:00 a.m. Término de Operación: 10:15 a.m.
 P.M.

ORDEN

1. Diagnóstico Pre-Operatorio.
 2. Diagnóstico Post-Operatorio.
 3. Procedimientos.
 4. Hallazgos.
 5. Firma

1) Quiste dentiger
 de quiste esta traumático

2) Quiste Dentiger
 o/c Quiste este traumático.

3) Previa a la cirugía y antisepsia del campo operatorio
 - Instalación de campos estériles.
 - Infiltración de Bupivacaína dentiger
 de la cavidad y/o
 - Incisión intraoral No 22 x 4 y
 la 22 x 12 (trayecto vertical).
 - Retiro de la incisión dentiger
 desde el fondo vestibular.
 - Inspección
 - Evacuación del quiste
 - Lavado de la cavidad
 - Control de hemostasia
 - Taponado de la cavidad en la cavidad
 quirúrgica.
 - Sutura con seda negra 3/0.

4) Se supermercuria retenida con man.
 agua quiste de 4 x 3 cm.
 paciente pasa a sala de recuperación.

Dr. Juanes Oro
 Cirujano General
 Colegiado N° 10000
 COP. 1997 - 1998

APellido PATERNO: NARANJO MATERNO: MARCO NOMBRES: JUANES N° H.C.: 1046513
 DEPARTAMENTO: CLINICA DENTAL PABELLÓN: CLINICA DENTAL N° DE CAMA: CLINICA DENTAL

Foto 3. Reporte Operatorio del Cirujano

INFORME ANATOMOPATOLOGICO

PO:06 - 459

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad	Sexo
YACTAYO	GARCIA	ROXANA	25	F

Clinica Dental: Cirugia Maxilofacial Servicio: 2606713

Exámenes:
 A: Capsula de lesión. B: Tejido óseo adyacente. C: Líquido de lesión.

EXAMEN MACROSCOPICO:
 A: Se recibe fijado en formol fragmento de tejido, forma laminar, que mide 1.4 x 0.9 x 0.2 cms., color pardo hemorrágico, consistencia firme. Se incluye todo.
 B: Se recibe fijado en formol fragmento de tejido, forma ovalada, consistencia dura, color blanquecino, que mide 0.4 x 0.3 x 0.2 cms. Se envía a descalcificación y se incluye todo.
 C: Se recibe jeringa conteniendo 2 cc de líquido amarillento. Al cual se le agrega alcohol etil y se obtiene escasa muestra para inclusión.

Técnico en Laboratorio

EXAMEN MICROSCOPICO:
 Las secciones estudiadas muestran:
 A: Membrana quística constituida por epitelio poliestratificado plano con zonas extensas de ulceración debajo del epitelio se observa severo infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y presencia de histiocitos de citoplasma espumoso paralelo a la membrana existe trabéculas de hueso reactivo.
 B: Trabéculas de hueso reactivo.

DIAGNOSTICO:
 A: QUISTE APICAL.
 B: TRABECULAS DE HUESO REACTIVO.

OBSERVACIONES:

Fecha: Agosto 16 del 2006

Dr. Wilson Delgado A.
 Patología Oral

Foto 4. Informe anatomo patológico